29

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 novembre 1909, à 1 heure

Par **Pierre LAPERCHE**

Né le 7 janvier 1882 à Morlaix (Finistère)

LA

DYSENTERIE AMIBIENNE

A PARIS

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

Juges : MM. ROGER et MARCEL LABBÉ, *professeurs.*
ANDRÉ JOUSSET, *agrégé.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

A NOS MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MONIET

Professeur de Clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rennes.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTEUX

Professeur de Clinique médicale à l'École de médecine de Rennes.

MONSIEUR LE DOCTEUR VÉRON

Professeur de Clinique obstétricale à l'École de médecine de Rennes.

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTEX

Professeur de Clinique, Électricité médicale
à l'École de médecine de Rennes.

MONSIEUR LE DOCTEUR ASSICOT

Professeur de Clinique ophtalmologique
à l'École de médecine de Rennes.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

Médecin de l'hôpital de Saint-Denis

Son interne reconnaissant.

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLIÈRE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Denis
et de la Maison d'Éducation de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR FELTZ

Médecin de l'hôpital Saint-Denis
et de la Maison d'Éducation de la Légion d'honneur.

En terminant nos études médicales et avant de quitter cet hôpital où nous reçûmes un enseignement si fertile et si varié, nous tenons à remercier nos collaborateurs et à adresser à nos maîtres, l'hommage de notre gratitude et de notre vive affection :

A M. le Dr BOUCHET qui nous honora de sa confiance et de son amitié ;

A M. le Dr VILLIÈRE auprès de qui nous trouvâmes toujours un guide sûr et bienveillant.

A tous, nous adressons ce faible témoignage de reconnaissance.

HISTORIQUE

La dysenterie amibienne signalée pour la première fois en 1870, par Lewis et Cunningham, dans les déjections de dysentériques de l'Inde, reconnue ensuite comme entité morbide grâce aux travaux de Kartulis en Égypte (1885), confirmée par Kruse et Pasquale quelques années plus tard, et démontrée par les expériences du médecin français Marchaux était considérée, jusqu'à ces dernières années, comme une affection essentiellement exotique, apanages des régions chaudes ou tropicales.

Les expéditions effectives aux Indes, en Chine, au Sénégal lui ont payé un lourd tribut.

Mais si la dysenterie amibienne était, à juste titre, jugée très redoutable dans ces régions où elle sévit à l'état endémique et épidémique, on croyait généralement ces foyers non susceptibles de s'étendre aux régions tempérées d'Europe et de s'y acclimater.

On savait, par contre, que la dysenterie bacillaire existait dans tous les climats, sous toutes les latitudes.

La découverte de Chantemesse et Widal en 1888, les travaux de Celli, de Kruse et Pasquale, et la réaction agglutinante de Shiga en 1898, avaient permis d'isoler un bacille spécifique de la dysenterie et de créer une entité morbide : la dysenterie bacillaire.

On savait en outre que le bacille de Shiga, le bactérium coli ou tout autre microbe para-colibacillaire qui fait partie de la flore intestinale, pouvait, dans les pays chauds, voisiner avec l'amœba hystolytica et créer ainsi des formes pathogéniques mixtes de la dysenterie.

Au cours de leurs nombreuses recherches sur la dysenterie observée en France, Roger, Lemoine, Peyrot, Morel, Rieux, Sacquépée, avaient essayé de différencier des bacilles correspondant à des formes diverses de dysenterie. Le caractère spécifique de chacun des bacilles isolés, malgré un grand nombre de travaux sur ce sujet, n'est pas nettement démontré. La pluralité des dysenteries nostras est un fait bien établi.

En tout cas, les auteurs sont d'accord pour dire que la dysenterie observée en France est une dysenterie bacillaire.

Chantemesse, Roger, ont trouvé parfois des amibes dans les selles des dysentériques qu'ils ont examinées, mais ces amibes, hôtes habituels de l'intestin, ne possédaient pas les caractères morphologiques de l'amœba hystolytica indiqués par Schaudinn et qui lui ont permis de différencier l'amœba coli banale, de l'amœba hystolytica.

On ne connaissait donc pas de cas de dysenterie amibienne né en France ; tous étaient originaires des

colonies. Nous avons pu les observer très fréquemment à Marseille et à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier, dans le service de M. Galliot, médecin-chef de la marine.

Nous avons assisté souvent à la scène lugubre du débarquement des soldats ou fonctionnaires rapatriés des pays chauds.

Après de longs mois de traitement à l'hôpital, ils partaient enfin en congé, dans leurs foyers, les uns guéris, les autres améliorés mais ayant encore trois ou quatre selles par jour, molles et légèrement glaireuses.

C'est ainsi qu'on a pu observer, à Paris, quelques cas de dysenterie amibienne contractée aux colonies. En 1903, M. Vincent a rapporté l'histoire d'un matelot qui ayant contracté la dysenterie sur les côtes d'Indo-Chine avait été rapatrié en France.

Parti en convalescence non guéri, il vint à Paris, fit une rechute grave et c'est ainsi que M. Vincent fut appelé à le soigner à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Nous rapportons ici l'observation de ce malade, publiée par M. Vincent dans la *Presse médicale* en 1903 :

Un cas de dysenterie amibienne

OBSERVATION DE M. VINCENT

Presse médicale, 1903.

Le matelot L..., âgé de 22 ans, était resté près de deux ans en Chine et à Saïgon, jouissant d'une parfaite santé, lorsqu'il

présenta, en juin 1903, les premiers symptômes d'une assez grave dysenterie. Le point de départ de celle-ci est incertain. L... nous explique qu'il ne descendait pas à terre, mais qu'il a pu être contaminé par des camarades atteints de dysenterie.

D'abord insidieuse, cette dysenterie s'aggrave dès le sixième jour. Le malade avait trente à quarante selles par jour constituées par du sang ou du mucus; ces évacuations étaient précédées d'épreintes et suivies de ténesme très douloureux.

L'amaigrissement est rapide (21 kgr. en un mois). Au bout d'un mois de traitement, l'amélioration était sensible, si bien qu'on en profita pour le renvoyer en France.

Pendant la traversée il eut une rechute qui nécessita à son arrivée un traitement de quarante jours à l'hôpital maritime de Toulon.

L'état s'étant de nouveau amélioré, on le laissa, sur sa demande, partir en convalescence. Il prit le train pour Paris. Pendant ce court voyage il eut plus de cinquante selles sanglantes, et c'est dans un état assez alarmant qu'il entra à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. La dysenterie datait de cinq mois; c'était un homme de petite taille, profondément amaigri; il a le facies péritonéal; la fièvre est nulle, le pouls bat à 72.

La langne est sèche, saburrale; il n'y a pas de vomissements. mais seulement une soif intense. L'inappétence est absolue. L'abdomen est rétracté, douloureux, particulièrement dans les deux fosses iliaques. A la palpation, on perçoit des gargouillements sur tout le trajet du côlon.

Les évacuations sont très liquides, sanglantes et glaireuses, d'une odeur fade.

Leur nombre est de trente par jour environ.

Leur réaction est franchement alcaline au tournesol.

L'émission des selles s'accompagnait d'épreintes très douloureuses.

Le foie et la rate paraissent normaux.

Les urines sont peu abondantes, 500 centimètres cubes par vingt-quatre heures : elles sont très chargées, sans albumine, sans sucre.

Sous l'influence du traitement par l'ipéca, le calomel et l'opium, l'amélioration s'est produite rapidement.

Le nombre des selles par jour est descendu à quinze, huit, cinq, en même temps que leurs caractères se modifiaient et que le sang et le mucus disparaissaient.

Cinq jours après le début du traitement, les matières étaient jaunes, consistantes et de réaction neutre.

Au sixième jour une seule selle, absolument normale.

A partir de ce moment l'amélioration ne s'est pas démentie et le malade pouvait être considéré comme guéri.

L... avait gagné 8 kilogrammes en quinze jours.

La séro-réaction du sang de ce malade à l'égard du bacille de Chantemesse et Widal fut recherchée et se montra négative. Il y avait donc lieu de conclure qu'il ne s'agissait pas de dysenterie bacillaire.

Par contre l'examen microscopique des déjections récemment émises y a décelé une proportion considérable d'amibes, que l'on voit se mouvoir à l'aide de prolongements protoplasmiques. Leur aspect est hyalin, très transparent. Ils ont une forme très variable, mais au repos ils sont arrondis, ou ovoïdes, ou piriformes, et mesurent 25 à 35 μ.

La plupart de ces amibes renfermaient des globules sanguins ou des débris de ces derniers, plus des fragments cellulaires et

des bactéries, fait qui permettait d'affirmer la nature pathogène de ces amibes.

M. Vincent n'a pas fait d'inoculation intra-rectale chez un chat, mais les caractères morpholiques qu'il a observés chez ces amibes, indiquent suffisamment qu'il s'agit bien de l'amœba hystolytica.

En 1907 M. Rist eut l'occasion de soigner, à Paris, un malade atteint de dysenterie amibienne contractée aux colonies :

Un cas de dysenterie amibienne chronique

OBSERVATION DE M. RIST

Société médicale des hôpitaux, 1907.

M. G..., âgé de 32 ans, très bien portant jusque-là.

En 1905, il part pour l'Indo-Chine où il a visité successivement plusieurs régions de la Cochinchine au Tonkin.

Quatre semaines après son arrivée, il a été atteint de dysenterie ; les symptômes étaient peu accentués ; il a été traité par le calomel, l'ipéca et le régime lacté.

Au bout de deux mois il a commencé à ressentir les symptômes d'un abcès du foie, qui, longtemps méconnu d'abord, fut enfin diagnostiqué. M. G... fut opéré le 16 mai 1907 dans d'excellentes conditions.

Après cette intervention, M. G... a quitté l'Indo-Chine le 15 juin 1907, se croyant tout à fait guéri ; il avait bien encore, lorsqu'il s'est embarqué, une douzaine de selles pâteuses par jour, mais ces selles n'étaient pas sanguinolentes. La très légère sen-

sation de ténesme qui accompagnait parfois leur expulsion était attribuée par le médecin à des hémorragies internes.

A son arrivée à Paris, M. G... vint me voir, se plaignant seulement d'avoir, dans la journée, quatre à cinq selles pâteuses dans lesquelles il avait observé la présence de mucus sanguinolent.

Il se sentait d'ailleurs fort bien portant, pesait son poids normal, mangeait de bon appétit et se préparait à partir pour un voyage en Angleterre.

Je fis un examen extemporané de petits fragments de mucus légèrement rougeâtre que l'on trouve dans ses selles et j'y observai des amibes vivantes en très grande quantité.

Leur ectoplasme est nettement distinct de l'endoplasme même à l'état de repos : il fait, lorsque le parasite se meut, de brusques saillies arrondies que l'endoplasme vient ensuite lentement remplir. Le noyau est à peine visible, et beaucoup d'amibes contiennent, à leur intérieur, des globules rouges en grande quantité. Ces caractères, qui permettent d'affirmer qu'il s'agit bien là de l'amœba hystologica de Schaundiun, sont d'ailleurs confirmés par les résultats de l'inoculation intra-rectale de mucosités sanguinolentes à un chat adulte qui a presenté ensuite tous les signes d'une dysenterie amibienne typique, inoculable en série.

Les glaires sanguinolentes, la présence d'amibes, sont l'indice de lésions dysentériques persistantes que l'on peut démontrer par la rectoscopie : chez le malade de M. Rist on constata que, sur une longueur de 15 centimètres, à partir de l'orifice anal, la muqueuse intestinale était ulcérée, bourgeonnante et sanguinolente.

L'examen du sang dénota une éosinophilie notable.

Il nous a paru intéressant de rappeler ces deux cas de dysenterie amibienne, car cette affection est rarement signalée à Paris.

Cependant il s'agit toujours, chez ces deux malades de M. Vincent et de M. Rist, de dysenterie amibienne contractée aux colonies et importée en France, à Paris.

Les faits observés semblaient confirmer cette opinion que la dysenterie amibienne causée par l'amœba hystolytica, était une maladie essentiellement exotique, qu'on ne pouvait contracter que dans les pays chauds.

On ne connaissait pas de cas de dysenterie amibienne autochtone, c'est-à-dire née en France, chez des personnes n'ayant jamais été aux colonies.

En 1904, M. Dopter put cependant constater ce fait à Paris chez deux jeunes soldats qui n'avaient jamais quitté la France.

Nous rapportons ici la communication de M. Dopter, à la Société médicale des hôpitaux :

Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France

OBSERVATION I (M. Dopter.)

Société médicale des Hôpitaux, 1904.

R... est un jeune soldat du 23e régiment colonial caserné à Paris. Il n'a jamais été aux colonies.

Le 3 août 1904, il présente tous les symptômes de la dysenterie et est envoyé au Val-de-Grâce.

L'examen microscopique des selles nous montre la présence d'amibes nombreuses très mobiles dont l'endoplasme est littéralement bourré de globules rouges.

La recherche du bacille dysentérique est négative, de même l'agglutination vis-à-vis de ce germe.

Enfin l'inoculation intra-rectale faite à un jeune chat lui donne, au bout de dix jours, une dysenterie typique dont il meurt, après avoir présenté des amibes dans ses selles.

Les coupes du gros intestin montrent des amibes bourrant certains groupes de glandes de Lieberkühn.

L'enquête apprend que dans la même compagnie et la même chambre, couché à deux lits d'intervalle, le nommé H... a été atteint vingt jours auparavant, d'une récidive de dysenterie contractée en Cochinchine.

Des amibes ont été constatées dans les selles d'H...

OBSERVATION II (M. Dopter.)

N... jeune soldat au 23e régiment colonial, n'ayant pas encore fait de séjour aux colonies.

Le 22 août 1904, il est envoyé au Val-de-Grâce pour dysenterie aiguë dont il souffre depuis plusieurs jours. Les selles sont fréquentes, glaireuses, quelquefois sanglantes et toujours précédées d'épreintes et de ténesme.

On pratique l'examen microscopique des selles qui permet de découvrir un grand nombre d'amibes.

Par contre la recherche du bacille de Chantemesse et Widal est négative.

La réaction agglutinante du sérum du malade vis-à-vis du bacille de Ghantemesse et Widal est également négative.

Enfin l'inoculation de mucosités de selles, dans le rectum d'un chat, suivant la méthode de Kartulis est positive: au bout de huit jours il se déclare une dysenterie typique, et dans les mucosités des selles on retrouve une grande quantité d'amibæ hystolyticæ.

Les deux cas de dysenterie amibienne observés par Dopter sont intéressants à retenir; car il nous présente deux malades, habitant Paris, n'ayant jamais été aux colonies, et cependant atteints d'une affection exotique, considérée comme stérile et non susceptible de propagation dans les régions tempérées comme la France. De plus nous apprenons que ces deux malades ont vécu quelque temps aux côtés d'un de leur camarade, vieux soldat qui a fait plusieurs séjours aux colonies, au cours desquels il a été atteint de dysenterie amibienne.

Il semblait qu'il fût guéri quand il est victime d'une rechute et c'est à la suite de cette rechute que les deux cas de dysenterie amibienne observés par Dopter se sont déclarés.

L'affection étant bien caractérisée, la présence d'amibæ hystolyticæ dans les selles ayant été bien reconnue, le résultat positif de l'inoculation de mucosités dysentériques dans le rectum du chat, l'absence dans ces mêmes mucosités de bacille de Chantemesse et Widal, la séro-réaction négative vis-à-vis du bacille dysentérique, ne peuvent laisser le moindre doute sur l'origine amibienne de ces cas de dysenterie.

Le soldat H... atteint aux colonies de dysenterie amibienne dont il se croyait guéri après un séjour de quel-

ques mois en France, a pu, à l'occasion d'une rechute faite à Paris, contaminer deux de ses voisins de chambrée et leur transmettre la dysenterie amibienne.

Nous retiendrons, dès maintenant, ce fait très important : l'amœba hystolytica peut, non seulement vivre dans nos régions tempérées mais, contrairement aux opinions généralement admises, s'y multiplier et devenir ainsi le point de départ de dysenteries nouvelles.

On conçoit toute l'importance de ce fait ; s'il revient chaque année d'Indo-Chine ou d'Égypte plusieurs Européens atteints de dysenteries amibiennes, on comprend que cet apport en nos régions d'amibes vivantes puisse déterminer l'éclosion de dysenteries amibiennes autochtones.

C'est ainsi qu'en 1907 MM. Caussade et Joltrain purent observer un cas de dysenterie amibienne, née en France, à Paris.

Un cas de dysenterie amibienne avec abcès du foie d'origine parisienne

OBSERVATION DE MM. CAUSSADE ET JOLTRAIN

(*Société médicale des Hôpitaux*, 1907.)

Il s'agit d'un malade ouvrier d'usine, âgé de 30 ans, demeurant à Paris. Il n'a jamais été aux colonies ; il travaille depuis de nombreuses années dans la même usine où il ne fut constaté aucun autre cas de dysenterie avant ni après.

Jusqu'en décembre 1905, X... a toujours joui d'une excellente santé. Il n'accuse aucun antécédent gastro-intestinal.

A cette époque, il est atteint de diarrhée avec épreintes. Les selles, au nombre de trois ou quatre par jour au début, s'élèvent progressivement à douze, quinze, jusqu'à quarante par jour. Elles deviennent sanglantes.

Sous l'influence de l'opium à hautes doses, il se produit une amélioration et le malade continue à vaquer à ses occupations; ses selles au nombre de deux par jour sont toujours diarrhéiques.

Un mois après, en janvier 1906, il est pris d'une douleur brusque et violente, localisée à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, au niveau de l'hypocondre droit, et s'irradiant vers l'abdomen.

Le malade entre à l'hôpital Tenon, puis son état s'améliorant, il est envoyé à Vincennes.

Au bout de quelques jours il fait une rechute. Il a vingt à quarante selles sanglantes par jour, avec épreintes, ténesme et douleur au niveau de l'hypocondre droit.

Il rentre à l'hôpital (mai 1906). Le malade est très cachectique; la diarrhée est abondante et fréquente, les sueurs profuses; les selles sont de couleur brun chocolat, glaireuses, sanglantes parfois. La toux est fréquente; on ne relève aucune lésion pulmonaire tuberculeuse.

L'abdomen est souple, douloureux, suivant les colons.

Le foie est gros, dépassant de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Il est douloureux.

Il n'existe pas d'ascite. La rate est grosse et sensible. Les urines ne contiennent pas de pigments biliaires, ni d'albumine, mais sont très chargées en phosphates.

A l'examen bactériologique des selles, on ne trouve que du colibacille, pas de bacille dysentérique, pas d'amibe.

Les crises hépatiques se renouvelant, on songe à une intervention qui effraie le malade : il sort sur sa demande.

Il rentre à l'hôpital en janvier 1907. La cachexie est avancée; le malade a dix à treize selles par vingt-quatre heures; elles sont couleur marron, très liquides, précédées de douleurs paroxystiques localisées à l'ombilic et s'irradiant à tout l'abdomen. Elles sont suivies de petites hémorragies.

Le ventre est maintenant ballonné ; on remarque une légère circulation collatérale à droite; il existe quelques hémorroïdes externes. Le ventre est douloureux au palper, principalement dans la fosse iliaque droite, où l'on perçoit quelques gargouillements.

Il existe du météorisme ; pas d'ascite.

Le foie et la rate sont gros.

Pas de signes nets de bacillose pulmonaire.

Le cœur est normal.

Un peu d'urobiline dans les urines.

Température à grandes oscillations : 37° le matin, 39° le soir.

Le pouls bat 100 pulsations.

Le 12 janvier 1907, quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade est pris brusquement d'une quinte de toux et quelques instants après il fait une vomique ; il remplit deux cuvettes de crachats purulents, grisâtres et fétides. A l'examen microscopique de ce pus, on découvre des amibes bien caractéristiques.

Après cette vomique le foie est moins gros et moins douloureux ; la base du poumon droit est mate et on y entend un souffle bronchique.

La température tombe à 37°5 ; l'état général est stationnaire pendant deux jours.

Le 14 janvier 1907, nouvelle petite vomique.

L'état s'aggrave, la température remonte à 39°.

Le 16 janvier : nouvelle vomique qui emporte le malade.

Entre temps, on avait fait un examen du sang qui avait donné le résultat suivant :

Globules rouges	3.210.000
Globules blancs	11.000
Polynucléaires	72 %
Mononucléaires	18 %
Lymphocytes	12 %
Éosinophiles	8 %

Il y avait donc diminution des globules rouges.

Poïkilocytose nette.

Légère polynucléose et surtout éosinophilie manifeste.

Le sérum de ce malade n'agglutinait pas le bacille de Shiga ni celui de Flexuer.

A l'autopsie, le foie est très volumineux ; il occupe tout l'hypocondre droit, descend au-dessous de l'ombilic, occupe une grande partie de l'hypocondre gauche.

A la partie antéro-supérieure il existe des adhérences qui limitent un vaste abcès hépatique contenant un pus grisâtre, assez bien lié.

Les parois de la poche sont épaisses, tomenteuses, hérissées de végétations déliquescentes.

Dans la plèvre droite on trouve une deuxième poche de pus du volume d'une mandarine, réunie à la poche hépatique par deux trajets fistuleux.

L'intestin grêle est congestionné.

Le gros intestin est très congestionné. A la coupe, on relève

des lésions très nettes, principalement à quelques centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale ; toute la muqueuse est très congestionnée et parsemée d'ulcérations profondes, à bords décollés, déchiquetés, et tapissées de muco-pus, dans lesquelles on trouve des amibes en grand nombre.

Au delà de l'ulcération, on voit d'autres amibes cheminant dans la celluleuse, envahissant les lymphatiques et pénétrant dans la couche musculeuse et sous-péritonéale.

L'ensemble de ces caractères histologiques, la formation d'une poche de pus unique dans le foie, la présence et la forme caractéristiques des ulcérations relevées sur le gros intestin, la présence d'amibes dans le pus hépatique, et dans le muco-pus tapissant les ulcérations, d'autre part la marche clinique de la maladie, la réaction négative du sérum pour le bacille de Shiga et le bacille de Flexuer, tous ces caractères prouvent nettement la nature amibienne de cette dysenterie.

L'observation de MM. Caussade et Joltrain était le seul exemple de dysenterie amibienne autochtone, sans étiologie connue ; nous avons cru devoir signaler un nouveau cas qu'il nous a été donné d'observer en juin 1908, à Paris.

Un cas de dysenterie amibienne à Paris

OBSERVATION (*Personnelle.*)

M. R..., âgé de 27 ans, né à Saint-Quentin, résidant à Pari depuis trois ans, n'a jamais quitté la France.

En juin 1908 M. R... est atteint de diarrhée légère avec état nauséeux.

Le malade, attribuant son état à des libations un peu trop prolongées faites quelques jours auparavant, ne prend aucun soin et continue à vaquer à ses occupations. Il a six à huit selles par jour, glaireuses et légèrement striées de sang.

Pendant quinze jours M. R... néglige cette affection.

Cependant, il s'affaiblit peu à peu ; les selles augmentent de fréquence les douleurs abdominales légères au début, se font plus aiguës et chaque évacuation est suivie de ténesme très douloureux.

Appelé auprès de M. R... nous ordonnons un purgatif léger, puis des cachets de benzo-naphtol, calomel et poudre d'opium

Après huit jours de traitement, l'état du malade n'a pas changé ; les selles au nombre de 15 à 20 par vingt-quatre heures, sont glaireuses, sanguinolentes et fétides.

Les douleurs abdominales persistent sous forme de coliques localisées à la fosse iliaque gauche et s'irradiant dans tout l'abdomen.

Le foie est un peu gras et sensible à la palpation.

La rate est légèrement augmentée de volume, on note de la submatité dans la fosse sous-épineuse gauche avec légère obscurité respiratoire à ce niveau.

Le cœur est normal. La température, normale le matin, s'élève le soir entre 38°2 et 38°5.

Les urines sont rares et très chargées en urates et en phosphates.

Pas d'albumine.

En présence de cette diarrhée rebelle nous décidâmes de faire au laboratoire de l'hôpital de Saint-Denis un examen microscopique des selles.

Nous avons employé la méthode de Vincent.

Ayant déposé sur une lame de verre une goutte de sérosité dysentérique et une parcelle de mucus, nous avons dissocié ce mucus et nous l'avons recouvert d'une lamelle.

Employant ensuite l'artifice préconisé par Vincent nous avons déposé sur un des bords de la préparation une goutte de bleu de méthylène. La matière colorante pénétrant par capillarité entre la lame et la lamelle colore les éléments cellulaires, microbes, leucocytes, mais respecte pendant quelques minutes les amibes que l'on voit se détacher en clair sur la préparation.

Après deux examens on trouve des corps : les uns ovoïdes, les autres arrondis, réfringents.

Au centre se trouve un noyau. L'ectoplasme est hyalin, l'endoplasme granuleux, parsemé de débris d'hématies et de leucocytes. Ces corps sont mobiles au milieu des débris de muqueuse, de bactéries de toute sorte, flore habituelle de l'intestin.

On voit la masse protoplasmique se déplacer lentement au moyen de pseudopodes qu'elle émet.

Nous avons pratiqué, à trois reprises différentes, des injections de mucosités dysentériques dans le rectum d'un chat et chaque fois nous avons provoqué chez ces chats une dysenterie typique ; dans les selles nous avons trouvé des amibes en quantité, et à l'autopsie nous avons retrouvé sur le gros intestin les lésions typiques de la dysenterie amibienne.

Plusieurs examens successifs nous ont permis de constater l'absence totale de bacille de Shiga.

L'ensemble de ces caractères prouvent qu'il s'agit de l'amœba hystolytica de Schaudinn.

M. R... était atteint de dysenterie amibienne.

Sous l'influence des lavages d'intestin avec une solution de nitrate d'argent, une amélioration notable ne tarda pas à se

produire. Au bout de huit jours, les selles étaient moins nombreuses (3 ou 4 par jour); elles contenaient moins de glaires et moins de sang.

Les douleurs abdominales s'atténuaient et la température devenait normale.

Le foie toujours un peu gros n'était plus douloureux et un mois après, le malade pouvait être considéré comme guéri. Les selles étaient normales, jaune brun, bien consistantes ; les épreintes et le ténesme ainsi que les phénomènes de rectite avaient complètement disparu. Le malade reprenait son appétit et ne tardait pas à engraisser.

Il est, actuellement, entièrement guéri de sa dysenterie et jouit d'une excellente santé.

Les deux observations de dysenterie amibienne autochtones que nous avons relatées dans ce travail, sont les seuls cas signalés, à Paris du moins. On peut se demander si ces faits ne sont plus qu'on ne le pense généralement.

Des cas de dysenterie amibienne peuvent se glisser parmi les nombreux cas de dysenterie, catalogués bacillaires, que l'on peut observer dans nos pays pendant l'été, et qui, par leur caractère, prennent souvent les allures de véritable épidémie.

La pluralité de la dysenterie de nos pays, au point de vue pathogénique, est certaine. Des recherches nombreuses ont fait incriminer tour à tour le bacille de Chantemesse et Widal, le colibacille ou ses dérivés, le bacille pyocyanique (Calmette), le streptocoque (Tancerol). La dysenterie bacillaire est certainement la forme

la plus communément observée, mais nous sommes persuadé que des examens méthodiques et fréquents des selles de chaque malade permettraient de voir beaucoup plus souvent des formes amibiennes de la dysenterie dans nos pays ; d'autant, que les agents de contagion sont nombreux. Chaque année, par exemple, il débarque en France un nombre considérable de soldats, atteints de dysenterie contractée en Indo-Chine. Après un séjour à l'hôpital de Saint-Mandrier, l'autorité militaire les envoie chez eux ; ils sont parfois entièrement guéris, mais plus souvent, étant donné le caractère récidivant de cette dysenterie et sa tendance à la chronicité, l'amélioration n'est que passagère ; ils ont encore des selles un peu glaireuses et dans les mucosités desquelles il serait facile de déceler encore la présence d'amibes. Or, nous savons que ces amibes gardent sous nos climats toute leur vitalité et qu'elles sont capables d'infecter un autre organisme et d'y causer les graves désordres que nous connaissons.

Chaque malade atteint de dysenterie amibienne devient ainsi, au même titre qu'un dysentérique bacillaire, un agent de contage susceptible de contaminer directement son entourage et de créer ainsi un foyer d'épidémie.

Cette transmissibilité de la dysenterie amibienne en France nous apparaît certaine, probante dans le cas signalé par Dopter : il se produit dans un régiment deux cas de dysenterie.

L'examen bactériologique des selles dénote la présence d'amibes de Shaudinn et l'absence de bacilles

de Shiga et de tous autres agents pathogènes habituels de la dysenterie ; les expériences d'inoculation au chat, la séro-réaction, viennent confirmer qu'il s'agit bien de dysenterie amibienne pure ; et c'est alors qu'on apprend que ces deux malades ont été en contact direct avec un soldat atteint de dysenterie qui fut reconnue de nature amibienne également.

Dans ce cas de dysenterie amibienne signalée par M. Caussade et Joltrain, et dans celui que nous avons observé nous-même, l'agent de contage nous échappe mais il n'en existe pas moins.

Les soldats coloniaux ne sont pas les seuls agents de dispersion de la dysenterie amibienne.

Les coloniaux appartenant à l'élément civil sont d'autant plus dangereux pour la salubrité publique, qu'ils échappent à tout contrôle sanitaire et médical.

Toute personne ayant contracté la dysenterie amibienne des pays chauds est donc un danger public, car même dans l'intervalle de crises aiguës et des rechutes, la dysenterie amibienne est contagieuse ; l'amœba hystolytica prend une forme de résistance, elle s'enkyste et traverse ainsi inaltérée l'estomac et l'intestin grêle, pour se développer sur le gros intestin. Sous cette forme de résistance l'amibe garde toute sa vitalité et se développe aussitôt qu'elle rencontre un organe de réceptivité.

Jürgens en Allemagne a provoqué ainsi une véritable épidémie chez des chats placés dans la même cage.

Le contage direct d'homme à homme n'est pas le seul mode qu'on ait pu observer ; l'eau de boisson est sou-

vent le véhicule de l'amœba hystolytica ; Widal signale encore un cas de dysenterie chronique dont l'agent de contage était des étoffes de provenance japonaise.

Les amibes étant ainsi importés en grand nombre et incessamment des pays chauds à travers toute la France, ces amibes pouvant vivre, se développer et se multiplier dans notre pays, il est permis de supposer et de croire que la dysenterie amibienne est plus fréquente que ne semble l'indiquer le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir.

Si cette affection n'a pas été signalée plus souvent c'est qu'elle a pu être confondue avec la dysenterie bacillaire très fréquente en France ; erreur permise et presque fatale du reste, car les signes cliniques ne sont pas suffisants pour établir une diagnostic pathogénique.

Seul un examen microscopique des selles permet de différencier la dysenterie amibienne de la dysenterie bacillaire.

CONCLUSIONS

La dysenterie amibienne, maladie endémique épidémique et contagieuse des pays chauds, est susceptible de s'installer en France et de s'y propager.

Les mesures prophylactiques judicieusement établies par la Convention de Paris de 1903 contre la dysenterie en général sont largement suffisantes contre la dysenterie amibienne.

Résumons-les :

1° Déclaration obligatoire de maladie épidémique et contagieuse ;

2° Isolement du malade ;

3° Interdiction de l'épandage des déjections humaines ;

4° Désinfection des selles et des objets ayant été en contact avec le dysentérique ;

5° Désinfection de l'appartement ;

6° Ébullition et filtration de l'eau de boisson.

Mais si les mesures d'hygiène sont communes à la dysenterie bacillaire et à la dysenterie amibienne, le pronostic et le traitement diffèrent. La clinique étant sou-

vent impuissante à différencier les deux affections, il importe donc, dans l'intérêt du malade, que toute dysenterie soit soumise à un examen microscopique, afin d'établir un diagnostic précis et d'instituer un traitement approprié.

Vu : le Président de la thèse
GAUCHER

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Astley. — Chronic diarrhæa and dysentery in persons returned from tropical to temperate climates. *Indian medicale Gazette*, Calcutta, 1884.

Aubert. — Prophylaxie de la dysenterie. *Caducée*. Paris, 1906.

Aubry. — Dysenterie amibienne et dysenterie bacillaire. Quelques notions récentes. *Gazette médicale de Nantes*, 1907.

Bérenger et Férand. — La dysenterie coloniale. *Archives de médecine navale*, 1883.

Mlle Broïdo. — Des agents pathogènes de la dysenterie. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1903.

Caussade et Joltrain. — Un cas de dysenterie amibienne chronique d'origine parisienne. *Société médicale des hôpitaux*, 1907.

Dopter. — Transmissibilité de la dysenterie amibienne. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1904.

— Sur quelques points relatifs à l'action pathogène de l'amibe dysentérique. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1905.

— Notes étiologiques sur l'épidémie de dysenterie de la garnison de Paris. *Gazette des hôpitaux*, 1905.

Laucarol. — Dysenterie tropicale et abcès du foie. *Congrès international d'hygiène de Buda-Pest*, 1894.

Rist. — Un cas de dysenterie amibienne chronique. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1907.

Roger. — Recherches bactériologiques sur l'entérite dysentériforme. *Presse médicale*, 1900.

Sacquépée. — Étiologie de la dysenterie sporadique de l'Ouest. *Bulletin de la Société médicale et scientifique de l'Ouest*, 1904.

Vincent — I. La pluralité des dysenteries. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1903. — II. Un cas de dysenterie amibienne. *Presse médicale*, 1903.